

# 地域包括ケアシステムにおける高齢者の退院支援の成功要因の検討

## - 介護支援専門員の実態調査から -

Success Factors as to Hospital Discharge Support for the Elderly  
in the Community-based Integrated Care System  
: Based on the Long-Term Care Support Specialist Field Survey

かのう ひでとし はっとり まりこ  
和 秀俊, 服部 万里子

### <要旨>

わが国は、諸外国に類をみないスピードで超高齢社会を迎え、目指すべき地域包括ケアシステムの構築には、退院支援に向けた医療・介護連携の強化という重要かつ深刻な課題に取り組むことが不可欠である。地域包括ケアシステムにおける退院支援に向けた医療・介護連携を強化するための重要な課題は、病棟と本人・家族、受け入れ調整を図る介護支援専門員との連携強化である。この課題に取り組むためには、高齢者の退院支援の成功のための要因を、介護支援専門員の現状や意見などから検討することが必要である。本研究では、仮説を検証するための質問紙調査やインタビュー調査による退院支援のケアマネジメントの成功事例を検討することにより、介護支援専門員との連携を強化するための高齢者の退院支援の課題や成功要因を示す。質問紙調査とインタビュー調査の分析結果を質的に分析した結果、【早期からの関係諸機関との適切な連携】、【丁寧なカンファレンスの実施】、【家族の受け入れ体制の充実】、【ケアマネジャーの質】、【適切な時期の関係する専門職間の情報共有】、【入院先の医療機関の組織的な取り組み】、【本人の意向に寄り添った支援】の 7 つのカテゴリーを抽出することができた。したがって、この 7 つのカテゴリーが介護支援専門員との連携を強化するための高齢者の退院支援の成功要因といえよう。

### <キーワード>

地域包括ケアシステム, 高齢者の退院支援, 成功要因, 介護支援専門員

## I. はじめに～地域包括ケアと高齢者の退院支援の必要性

### 1. 地域包括ケアシステムの必要性

わが国は、諸外国に類をみないスピードで超高齢社会を迎え、「団塊の世代が 75 歳以上となり高齢化がピークとなる 2025 年には、病気や介護が必要な状態になっても適切なサービスを利用して個人の自立と QOL の追求が可能になるよう、医療や介護を通じた個々人の心身状態にふさわしいサービスが切れ目なく提供できるようなサービス提供体制の改革が実現」が必要である。そのため、「出来る限り住み慣れた地域で在宅を基本とした生活の継続を支援することを目指し」、「それぞれの地域が持つ『自助、互助、共助、公助』の役割分担を踏まえながら、有機的に連動して提供されるようなシステム構築が検討されなければならない」（地域包括ケア研究会 2010）。

そのため、わが国の社会保障制度改革において、「重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築」の実現を目指している（厚生労働省、図 1）。大都市部や町村部等で高齢化の進展状況には大きな地域差が生じている中、今後増加が見込まれる認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムは、「保険者である市町村や都道府県が地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要である」としている。以上のように、地域包括ケアシステムは、現在の地域福祉において重要な仕組みであるといえよう。

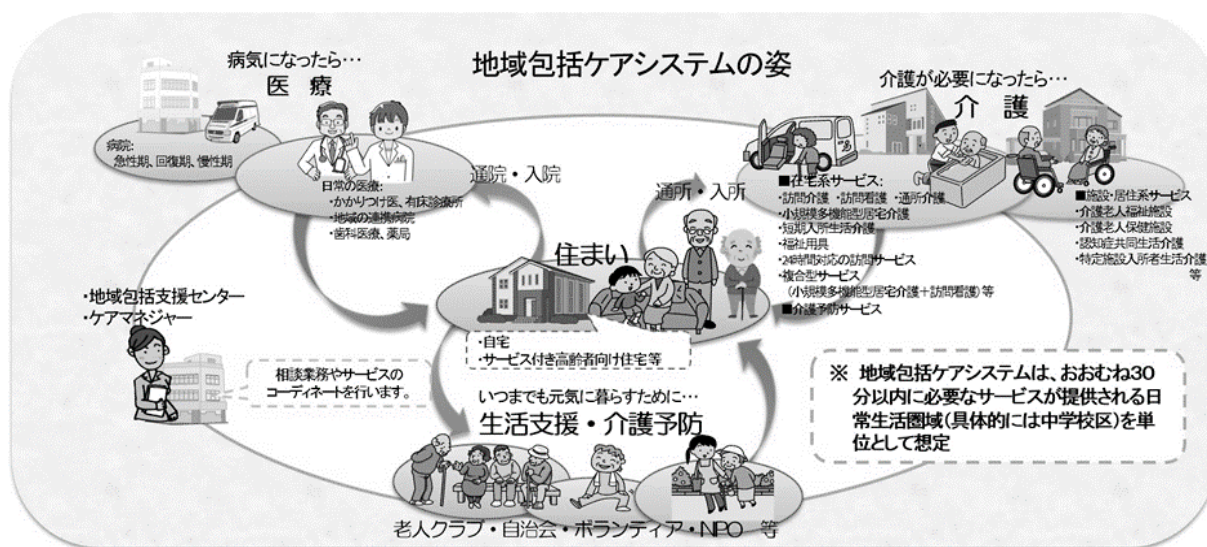


図 1 地域包括ケアシステムの姿

出典：厚生労働省 HP

地域包括ケアとは、報告書「2015 年の高齢者介護」において示された概念であり、「介護以外の問題にも対処しながら、介護サービスを提供するには、介護保険のサービスを中核としつつ、保健・福祉・医療の専門職相互の連携、さらにはボランティアなどの住民活動も含めた連携によって、地域の様々な資源を統合した包括的なケア」と定義している（高齢者介護研究会

2004)。

地域包括ケアシステムは、「地域包括ケア研究会」の 2009 年度報告書において、「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制」と定義され、「おおむね 30 分以内」に必要なサービスが提供される圏域として、具体的には中学校区を基本とするとしている。

地域包括ケアは、2013 年に成立した「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」において推進するように述べられ、2014 年の介護保険法改正から制度化された。そして、2020 年には「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律」が制定され、地域包括ケアシステムは、「地域の実情に応じて、高齢者が可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防（要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態もしくは要支援状態の軽減もしくは悪化の防止をいう）、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制」とし、地域包括ケアをより一層推進している状況である。

## 2. 地域包括ケアシステムの課題

2010 年度地域包括ケア研究会報告書によると、地域包括ケアを巡る現状と課題を踏まえ、「2025 年に実現を目指すべき地域包括ケアシステムの姿（サービス提供体制の在り方、人材の在り方）」を以下のように整理している（地域包括ケア研究会 2010）（表 1）。

表 1 2025 年に実現を目指すべき地域包括ケアシステムの姿

（1）地域包括ケアを支えるサービス提供体制の在り方
①住民主体の組織の活用、介護保険制度の役割
②自立支援型マネジメントの徹底
③医療との連携
④介護予防、軽度者
⑤在宅サービスの充実
⑥高齢者住宅の整備確保
⑦施設の有効活用
⑧地域のネットワーク
⑨地域特性の多様化
（2）地域包括ケアを支える人材の在り方
①良質なケアを効率的に提供するための人材の役割分担
②事業者による雇用管理・組織経営等
③介護労働市場全体の労働環境整備

表1の「2025年に実現を目指すべき地域包括ケアシステムの姿」は、地域包括ケアシステムの課題と言えるが、先行研究でも指摘されているように、「③医療との連携」の中でも特に「医療・介護連携の強化」が様々な課題を抱えている状況である。その理由として、「医療と介護は別々の制度で運営され、専門性もそれぞれ高度化している」からだという（竹田 2017）。そのため、2015年に在宅医療・介護連携事業が創設され、全市町村が地域の医師会等と緊密に連携しながら地域の関係機関の連携体制の構築を推進することとなった。それと併せて、地域連携パスや退院調整のルールが作成され活用する地域も出てきたが、医療と介護の間に支援方針が共有できないなどの課題があり、成功事例はそれほど多くないという現状である。

表1の「2025年に実現を目指すべき地域包括ケアシステムの姿」(1) 地域包括ケアを支えるサービス提供体制の在り方③医療との連携においては、「医療と介護の機能分化と連携が進み、入院医療において高齢者は急性期から回復期での十分な治療・リハビリテーションを受けることができる。退院後の在宅復帰に支援が必要なケースについては、病院の医療連携室から利用者の担当の介護支援専門員に連絡が入り、退院時カンファレンスが開催され、情報共有が徹底している」という目指すべき姿が示されているが、現実的には医療と介護の連携はいくつもの課題があるため難しい現状である。しかし、地域包括ケアシステムは、「急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、入院期間を減らして早期の家庭復帰・社会復帰を実現させることによって、医療資源の効率的な活用と医療費増加の抑制を図っていく」という「医療供給体制の改革」と表裏一体として捉える必要があるため、「在宅において医療と介護を一体的に共有する体制を整備することが課題の核心」である（竹田 2017）。

また、介護保険制度は、高齢化に伴う要介護者の家族の介護負担の増加が社会問題となったことや、社会的入院で高齢者入院患者が増加し医療費の高騰を招いたことを背景に導入された。その解決のために、新たな財源確保と社会的入院を減らすための介護サービスを充実させ、介護を家族から社会全体で支える仕組みに転換することを目指している。このように、退院支援によって医療保険から介護保険への対応を移行させることは、介護保険制度の目的として位置づけられてきた。持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革として、2014年に介護保険法が改正されて制度化された地域包括ケアは、わが国の深刻な課題である医療費増加を抑制することを医療と介護が一体となって目指しているといえよう。

以上見てきたように、目指すべき地域包括ケアシステムの構築には、退院支援に向けた医療・介護連携の強化という重要かつ深刻な課題に取り組むことが不可欠であると思われる。

### 3. 退院支援に向けた医療・介護連携の強化の課題

日本では一般病棟の入院患者は103万2188人で、一般病棟の平均在院日数は16.2日、1日平均4万3833人が退院している（厚生労働省、2016）。入院患者の調査において、退院許可が

出た際の自宅療養に関して、「できる」が57.2%、「できない」が21.7%という結果であった。できないと回答した人にできるための条件を聞くと「入浴や食事などの介護サービス」が38.5%で最も多く、次いで「家族の協力」が32.3%であった（厚生労働省、2018）。先行研究において、地域差があるものの、家族関係が全国的に共通している高齢者の早期退院の阻害要因であることから（阿部 2007）、高齢者の退院支援において家族の協力は重要だと思われる。退院支援において家族の協力を得るためには、家族のニーズを把握し対応することが必要であるが、樋口による退院後の家族調査において、家族の要望として以下のことが挙げられている。対象者の意思を尊重、療養継続に向けたケアの計画的指導、退院後の生活を見据えた社会資源の紹介、対象者にわかる連絡体制、対象者に伝わる診療看護体制であった（樋口 2008）。このような家族のニーズに対応することで、家族の協力を得ることができるとと思われる。また、在宅退院ができるか否かは、患者の疾患や病状にも左右されるという。日本の入院患者の50%以上が75歳以上で、入院患者の疾患では脳血管疾患が最も多く、ついで神経疾患、精神疾患、呼吸器疾患、骨折、悪性新生物と続く。田代は、特定機能病院から自宅退院と転院・施設入所退院した者の比較で、自宅退院の特徴は、年齢が若い、悪性腫瘍が多い、生活の自由度が高い、看護観察の程度が低い、医療処置が少ないなどを挙げている（田代 2009）。このように、退院支援を促進させるためには、患者の疾患や病状に合わせて支援策や体制づくりを進めていく必要がある。

退院支援は、「患者・家族の主体的な参加のもと、退院後も自立した自分らしい生活が送れるように、教育体制を提供したり、諸サービスの活用を支援する等、病院内外においてシステム化された活動・プログラム」であり、「患者と家族が退院後に望む生活を実現するために、入院中あるいは入院前から準備を整える継続的プロセスであり、病棟看護師を含む院内外の多職種が関わるチームアプローチ」である（石橋ら 2019）。そして、退院支援の個別支援過程は、「退院支援が必要な患者の把握（スクリーニング）から始まり、多職種によるカンファレンスを行いながら退院支援計画を作成し、患者・家族と医療福祉スタッフとの意思統一を図り、退院後に必要となるサービスの調整を行う」ことである（石橋ら 2019）。このように、退院支援は医療や介護等の多職種連携が必要であるため、具体的に連携を強化することが重要となってくる。

現在、退院支援に向けた医療・介護連携の強化における具体的な課題として、①入退院時における入院医療機関と在宅介護の連携、②生活の場における在宅療養を支える多職種間の連携、③介護施設における医療ニーズや看取りへの対応、④地域包括支援センターや居宅介護支援事業所と医療機関の連携、⑤リハビリテーションや認知症に関する医療介護連携などが挙げられている（厚生労働省 2016）。この中で、「①入退院時における入院医療機関と在宅介護の連携」は、介護報酬の入院時情報連携加算や退院・退所加算、医療報酬の介護支援連携指導料などの介護保険と医療保険の制度による連携が進んできている。また、「③介護施設における医療ニーズや看取りへの対応」では、看取り介護加算が設定されるなど、少しずつ医療・介護連携の強

化が進められている。そして、医療・介護連携の一層の強化のために、介護保険制度の地域支援事業において在宅医療・介護連携推進事業が創設され、2018年4月までに全市町村で実施することとなった。本事業は8つの事業項目（①地域の医療・介護の資源の把握、②在宅医療・介護連携の課題と抽出の対応策の検討、③切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進、④医療・介護関係者の情報共有の支援、⑤在宅医療・介護関係者に関する相談支援、⑥医療・介護関係者の研修、⑦地域住民への普及啓発、⑧在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携）であるが、全ての項目を実施している市町村は1割程度に止まっており、事業項目の一部を実施している自治体も少なくないという（厚生労働省 2016）。このように、退院支援に向けた医療・介護連携の制度による仕組みや体制づくりでは、地域包括ケアシステムの本来の目的の実現に向けてまだ多くの課題が残っている状況である。

したがって、退院支援に向けた医療・介護連携を強化するためには、制度による仕組みや体制づくりも重要であるが、それを担う人材の確保や育成が重要になってくる。「医療・介護に係る長期推計」によると、2025年に必要となるマンパワー（医師、看護師、理学療法士、介護職員、介護支援専門員等）は、最大739万人が必要であるとしているが、調査の実施された2011年時点の462万人から約1.6倍の増加を見込んでいる。しかし、これだけのマンパワーを確保することは、現実的にはかなり難しい状況であるため、「サービスの質的な面からのアプローチも含めて対応策」を検討することが必要である（竹田 2017）。したがって、現状の医療・介護連携を強化するためには、まずは医療・介護連携を担う人材の質を向上させることが、現実的に必要になってくるであろう。

#### 4. 退院支援に向けた人材の質の向上における現状と課題

制度としての退院支援に関して、2006年から地域連携診療計画管理料と地域連携診療計画料退院指導料を創設し、2008年の診療報酬改定で初めて退院調整加算が設けられ、入院早期から退院困難な要因を有する者に対して退院支援計画を作成して支援することが医療点数として評価されるようになった。2010年、2012年の各改定で退院調整に関する診療報酬の対象範囲や点数はさらに拡大され、退院支援の体制整備がはかられた。2010年の診療報酬改定では、退院調整部門の設置と経験を有する専従の看護師または社会福祉士が1名以上配置されることが、地域連携の評価の条件となった。社会福祉士が診療報酬上で取り上げられたのは、この改正からである。また、理学療法士や作業療法士などのリハビリテーション職においても、退院前の訪問指導や退院後ケアプランへの適切なリハビリテーションの導入に向けた指導や助言、病院関係者と在宅関係者間の退院前合同カンファレンスの実施などに診療報酬における評価が実施されることとなった。これ以降、リハビリテーション職の退院支援や多職種連携に関する研究が数多くなされ、リハビリテーション職の質の向上に取り組んでいる（川越 2019, 小野田 2018,

宮原 2015, 川越ら 2011 ほか)。

このように、退院支援に向けた医療と介護の連携推進を目指し、2008 年診療報酬改定以降、退院支援体制整備が診療報酬に反映され退院支援部門の設置および経験を有する専従の看護師の配置、病棟への退院支援職員の配置が進展した(その結果、1998 年には退院調整専門の看護師がいる病院は 11.4%であったが、2010 年の全国調査によれば、病院の 8 割に退院支援専門部署が設置され、看護師は 85%の割合で部門に配置されている)。退院調整には地域医療連携室などの在宅ケア部門が重要な役割を果たすことが期待されているが、先行研究によると、病院からの退院支援に関して、在宅ケア部門が病院内で支援業務に関与している方がしていない病院より、退院前在宅訪問による療養環境調整、患者と家族の関係の調整、在宅で無理なく実施できるケア方法の調整等の実施割合が高いという(中西 2008)。

退院調整看護師が配置され、質の高い退院調整を行えるようになったが(小宅, 2013), 退院調整看護師が、在宅生活へ移行するための退院支援は主な役割を担っており、患者・家族の入院中の生活のみならず、退院後の生活を見越した支援も求められ、病棟や地域との連携を含め必要とされる能力も多岐にわたる(藤澤ら 2006, 戸村ら 2013)。しかし、病院で退院支援を担ってきた退院調整看護師は、1 病院あたり平均 1.6 名であり、ごく少数の限られた人員である。このような現状の中で、退院調整看護師だけでなく他の病棟看護師や他職種が協働して、病院全体で退院支援に取り組むことが推奨され(藤澤ら 2006), あらゆる場で勤務する看護師が退院支援の実践能力が必要となることから、看護師の退院支援に関する数多くの研究が進められ、看護師の質を向上させることに取り組んでいる(宇都宮 2019, 藤澤ら 2006, 宇都宮 2011, 小宅 2013, 戸村ら 2013, 石橋ら 2019, 小野 2020 ほか)。

2014 年の診療報酬改定では、医療機能の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実が挙げられ、地域包括ケア病棟が新たに設置された。地域包括ケア病棟とは、急性期病棟から医療必要度の高い患者を受け入れ、リハビリや在宅復帰機能あるいは在宅療養患者の急性増悪時の対応機能をもった病棟であり、地域包括ケアシステム構築において在宅への復帰支援推進の中核として期待される(小野 2020)。また、「病床機能報告制度」が開始され、診療報酬では一般病床を 4 つの機能に分化し「在宅復帰率」が導入された。

2016 年の診療報酬の改定では、退院調整加算が廃止され、退院支援加算 1, 退院支援加算 2, 退院支援加算 3 が新設された。退院支援加算は、従来の平均在院日数で評価する退院調整加算とは異なり、退院支援体制そのものを評価する方式となっている。医療機関に退院支援や退院調整の仕組みを根付かせ、在院日数の短縮と地域包括ケアの推進に繋げるものと位置づけられている(野田 2018)。そして、さらに退院支援の推進を図るため、退院支援や地域連携を評価する条件として、退院支援・地域連携業務に専従する看護師または社会福祉士が、加算対象の病棟に専任で配置されていることなどを大幅に加算される改定を行っている。社会福祉士などの専門職が医療機関で期待されている役割は、「在宅復帰を支援すること、要介護者等の介護サ



ービスや各種社会資源をコーディネートすること、要介護者等のニーズに合わせた地域の社会資源を開発・調整・要介護者等を支える地域づくりを推進すること、要介護者やその家族等が抱える生活課題の解決を図ること」などが挙げられるが、病院の機能分化が進み、病院完結型医療から地域完結型医療に移行し今までより早く早い退院が促進され、医療ソーシャルワーカーの業務が集約的、限定的になってきているという（野田 2018）。医療ソーシャルワーカーは1929年からと歴史も古く（公的な明文化は1989年「医療ソーシャルワーカー業務指針」）、病院の退院支援の主な担い手であるが、今までは長期的に関わりながらより良い退院支援の実践や研究を行ってきた。しかし、地域完結型医療で求められる早期退院支援における医療ソーシャルワーカーの研究は、ほとんど見当たらない（野田 2018）。

2017年からは、医療報酬と介護報酬の相互関連が強化された。医療の在宅の受け皿として、在宅療養支援診療所と基幹型訪問看護ステーションが創設された。2018年の介護報酬では、「入院時情報連携加算」が入院3日以内と7日以内の介護支援専門員（ケアマネジャー）から入院先への在宅の情報提供の加算が見直され、入院した際に介護支援専門員が誰かを入院先に伝達するよう利用者に依頼することが義務化された。また、退院に際して入院先からの退院に向けた情報提供を受け、ケアプラン、退院後の調整をする場合に情報提供の回数とその中にカンファレンスが含まれるかにより、退院加算が5段階化となった。そして、がん末期の在宅ケアマネジメントに関して一定条件で加算が新設されるなど退院支援に対する報酬が強化された。このように、退院支援の医療報酬と介護報酬の相互関連において、今まで以上に介護支援専門員の役割が重要となってきた。いくつかの先行研究においても、退院支援における介護支援専門員との連携の重要性が論じられている（川越 2011, 篠原ら 2018 ほか）。

## 5. 退院支援に向けた医療・介護連携を強化するため介護支援専門員の課題

2010年度地域包括ケア研究会報告書の「地域包括ケアシステムの構築に向けた当面の改革の方向（提言）（2）地域包括ケアを支える人材に関する検討部会における提言」（地域包括ケア研究会 2010）で指摘されているように、介護支援専門員の資質の向上が重要な課題となっている。具体的には、「①良質なケアを効率的に提供するための人材の役割分担の見直し」の「ケアマネジメント・地域包括支援センターに関わる人材の資質向上」において、「介護支援専門員の資質の向上を図るため、医療・リハビリテーションに関する知識、他制度との連携方策、自立支援型のケアマネジメントの習得という観点から、介護支援専門員に係る現行の試験・研修についての見直しを行うべきではないか。また、介護支援専門員関連の研修の充実という観点から、研修内容や講師の資質の向上が必要ではないか」と提言している。

この点は、先行研究でも指摘されており、介護支援専門員が医療に関する知識や医療機関との情報共有が不足していること、また「利用者の病気を理解し、複雑な社会保障制度を利用し



ながら、多様な社会資源をマネジメントする」という本来のケアマネジメントの支援内容や方法への改善などが検討されていないことが原因として挙げられている（辻ら 2013, 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング 2017, 竹田 2017）。このような状況の中、2012 年に「介護支援専門員の資質向上と今後のあり方に関する検討会」が設置され、翌 2013 年にまとめた報告書では、ケアマネジメントの質の向上に向けての検討すべき課題を 10 点示し、適切なアセスメントや多職種協働、医療との連携の不十分さ等が指摘された。その後、地域包括支援センターによって介護支援専門員に指導・助言を実施し、地域ケア会議においてケアプランを点検するなどの対応策が講じられた。また、2016 年の介護支援専門員の研修制度の見直しにおいて、医療との連携や多職種協働を見据えた実務研修の充実が図られている。

このような中、いくつかの在宅復帰に向けた多職種連携による退院支援の報告書がまとめられ（全国国民健康保険診療施設協議会 2014, 日本能率協会総合研究所 2017, 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング 2017）、在宅退院に向けて病棟と本人・家族、受け入れ調整を図る介護支援専門員との連携強化が重要な課題であることが示された。しかしながら、介護支援専門員が病院の医療職に対して心理的な距離があり、コミュニケーションをとることに抵抗感を示したり、病院の機能や医療職の役割を十分把握していないなどの課題があるため、病院と介護支援専門員の連携がスムーズに進まない現状であるという（三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング 2017）。退院支援における病院と介護支援専門員との連携について、他には次のような課題が挙げられる。

重盛は、病棟看護師と居宅の介護支援専門員の退院支援に向けた連携に関して、介護支援専門員は入院 1 週間後に退院の連絡を希望しているが、看護師は退院許可時に電話で介護支援専門員に連絡している現状を報告している。また退院に向けて本人・家族との調整、在宅に向けた受け入れの具体化には、いつ退院が知らされるかの時期が大切であることを指摘している。そして、入院先との退院調整に関しては、介護支援専門員が退院までに病院に来て病棟スタッフと一緒に患者・家族への退院支援を連携し取り組む退院時連携実施率は 4 割弱（37%）であり、6 割（63%）は連携できていない現状であるという（重盛 2010）。

また高橋は、介護支援専門員による保健・医療・福祉の連携と協働の内容として、対象者の状況の共通認識、多職種で対象者・家族の希望に取り組む、生活の連動性に配慮、専門職の機能を高める、退院支援の具体的ケアの標準化、実践の効果から教育に繋げる 6 つのカテゴリーを検討した。その結果、協働による情報の共有化、業務協力、関係機関との交流、担当者と専門職との目標の共有化を通して、Well being や QOL を目指す必要性を示した（高橋 2010）。同様に佐々木も、在宅支援の専門職は生活の継続性、家族等協働、課題達成思考で、Well being や QOL をめざす在宅復帰の必要性を述べている（佐々木 2010）。

そして土井は、退院させる病院側と退院を受ける患者・家族・介護支援専門員との温度差に関して検討した。その結果、介護支援専門員が病棟の退院支援項目における患者・家族との情

報共有と疾患への理解が不足しているため、患者・家族がイメージする退院後の生活と退院支援の項目が一致していないことを指摘している（土井 2017）。

以上検討してきたように、退院支援に向けた医療・介護連携を強化するため介護支援専門員の課題は、病院と本人・家族、受け入れ調整を図る介護支援専門員との連携強化が課題であることがわかった。

## 6. 高齢者の退院支援に向けた仮説の構築

病院と本人・家族、受け入れ調整を図る介護支援専門員との連携を強化するという高齢者の退院支援に向けた課題に取り組むために、高齢者の退院支援の成功のための要因を、介護支援専門員の現状や意見などから検討することが必要であると思われる。そこで、退院支援における介護支援専門員との関りについての先行研究のレビューと関係者（愛知県長久手市、東京都渋谷区）のヒアリングの結果から、以下の7つの仮説を構築した（表2）。

表2 高齢者の退院支援に向けた仮説

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>①介護支援専門員の経験年数が長いほど退院支援がスムーズである</li><li>②介護支援専門員が持つ資格によって退院調整のスムーズさが異なる</li><li>③退院情報を早く介護支援専門員が入手できた方が在宅退院につながる</li><li>④入院側が介護支援専門員と在宅の受け入れ状態等の情報を早く入手した方が在宅退院につながりやすい</li><li>⑤患者・家族・介護支援専門員と入院先の連携が良いと在宅退院につながりやすい</li><li>⑥在宅退院は患者の入院疾患に左右される</li><li>⑦在宅退院は家族の意向に左右される</li></ul> |
|---|

## 7. 研究目的

本研究では、介護支援専門員との連携を強化するための高齢者の退院支援の成功要因を示すことを目的とする。今後の高齢者の退院促進の推進のために、仮説を検証するための質問紙調査やインタビュー調査による退院支援のケアマネジメントの成功事例を検討することにより、高齢者の退院支援の成功要因を示したい。

## 8. 研究方法

### 1) 質問紙調査

本研究チームのメンバーと協力関係にある地域のケアマネジャー協議会や介護支援専門員協会に協力いただき質問紙を配布した。介護支援専門員が進める高齢者の退院支援の実態や課題、成功要因を明らかにするために、本研究によって構築した高齢者の在宅退院の実現に向けた仮説を踏まえ質問項目を検討した。地域性などが異なる首都圏（栃木県栃木市、千葉県柏市、東京都渋谷区）、地方都市（三重県桑名市、広島県広島市）、島嶼（沖縄県）の介護支援専門員を対象に質問紙調査を実施した。本調査は、田園調布学園大学の倫理審査委員会の承諾を受けている。調査期間は、令和元年8月19日から9月30日である。

### 2) インタビュー調査

地域のケアマネジャー協議会や病院などに協力いただき、介護支援専門員が進める高齢者の退院支援の実態や課題、成功要因を明らかにするために、介護支援専門員を対象としたインタビューと、病院の退院支援部門の看護師やソーシャルワーカーを対象としたインタビュー調査を実施する。質問紙調査で依頼して協力頂いた12名の介護支援専門員を対象として、電話でインタビュー調査を行った。その結果を整理して高齢者の退院支援の課題と成功要因などを抽出し成功事例を検討する。本調査は、田園調布学園大学の倫理審査委員会の承諾を受けている。調査期間は、令和元年5月から令和2年1月である。

### 3) 質的分析による成功要因の分析

質問紙調査とインタビュー調査によって抽出された退院支援の成功要因を質的に分析することによって、介護支援専門員との連携を強化するための高齢者の退院支援の成功要因を示す。

## II. 質問紙調査

### 1. 調査目的・方法

地域のケアマネジャー協議会や介護支援専門員協会に協力いただき質問紙を配布し、介護支援専門員が進める高齢者の退院支援の実態や課題、成功要因を明らかにするために、首都圏（栃木県栃木市、千葉県柏市、東京都渋谷区）、地方都市（三重県桑名市、広島県広島市）、島嶼（沖縄県）の介護支援専門員を対象とした質問紙調査を実施した。調査票は、652部配布し265部回収した（回収率40.6%）。回収した調査データは、SPSS.ver20を用いて統計的に分析をした。調査期間は、令和元年8月19日から9月30日で実施した。

## 2. 調査内容

先行研究をレビューすることによって構築した仮説（表 2）を踏まえ、調査項目を検討した結果、以下の調査項目をもとに質問紙を作成した（表 3）。

表 3 調査項目

問 1 所属する事業所	問 2 介護支援専門員の経験年数	問 3 ケアマネジャーの基礎資格
問 4 担当ケースで、直近 3 ヶ月（4～6 月）で入院した利用者数		
問 5 担当ケースで、直近 3 ヶ月（4～6 月）で退院した利用者数		
SQ「はい」と答えた方に入院時に医療機関に入院した利用者の情報の時期		
問 6 退院した担当ケースの退院先の場所		
問 7 入院連絡が介護支援専門員に来た時期		
問 8 入院連絡が誰から来たか		
問 9 平成 30 年の改定により始まった入院時利用者に介護支援専門員の氏名を病院に伝える仕組みは効果があったか		
問 10 入院先からの退院の連絡が来た時期		
問 11 退院調整が、スムーズにできた要因		
問 12 退院調整が困難な理由		
問 13 入院時情報連携加算を請求したことがあるか		
問 14 退院退所加算を請求したことがあるか。		
SQ「カンファレンス加算有」を請求したと答えた方に、カンファレンス有加算は何を請求		
自由記述 介護支援専門員の入退院支援に関して、日頃感じている問題点などご意見		

## 3. 調査結果

### 1) 単純集計からわかる退院支援の成功要因

本研究の質問紙調査による単純集計の結果から、高齢者の退院支援の成功要因を整理してみると以下になることがわかった。まず、退院調整がスムーズにできた理由をみると、割合の高い理由は、「患者・家族・介護支援専門員の連携がうまくいった」が最も多く 6 割強(65.1%)、次いで「病院の入退院支援部門とうまくいった」が約 5 割（52.2%）、「退院時のカンファレンス開催」は 4 割強（46.6%）であった。また、退院調整が困難な理由は、「家族の受け入れ体制」が最も多く約 6 割（59.6%）、次いで「家族がいない」が約 4 割（40.4%）で高い割合であった。

したがって、今回の介護支援専門員を対象とした質問紙調査の単純集計からわかった成功要因は、＜患者・家族・介護支援専門員の連携＞、＜病院の入退院支援部門との関係＞、＜退院

時のカンファレンス開催＞，＜家族の受け入れ体制の充実＞であると思われる（表 4）。

**表 4 単純集計からわかる退院支援の成功要因**

- ・ 患者・家族・介護支援専門員の連携
- ・ 病院の入退院支援部門との関係
- ・ 退院時のカンファレンス開催
- ・ 家族の受け入れ体制の充実

## 2) 仮説検証からみえた退院支援の成功要因

前項の本調査の単純集計とクロス集計，インタビュー調査の結果によって，本研究において構築した高齢者の在宅退院の実現に向けた仮説（表 2）を検証し，退院支援の成功要因を検討した。

### （1）仮説①「介護支援専門員の経験年数が長いほど退院支援がスムーズである」

仮説①「介護支援専門員の経験年数が長いほど退院支援がスムーズである」を検討するために，以下のように，問 2「経験年数」と問 11「退院調整がスムーズにできた理由」の関係をクロス集計によって分析した。その結果，10 年以上という経験年数が長い場合，「患者・家族・介護支援専門員の連携がうまくいった」，「病院の入退院支援部門とうまくいった」が，退院支援がスムーズにできた理由として挙げられている。これは，どちらの理由も介護支援専門員としての経験が必要とされる内容であるので，このような結果となったと考えられる。一方，「退院後のサービスが受け入れられた」と「入退院情報をうまく入手できた」という理由が，5 年未満の経験年数が短い場合の方が高い割合であった。理由として，診療報酬の「在宅復帰率」の導入や病床削減計画の義務化や，介護報酬の「入院時情報連携加算」における介護支援専門員から入院先への在宅の情報提供の加算の見直し，入院した際に介護支援専門員が誰かを入院先に伝達するよう利用者に依頼することの義務化などの制度を積極的に活用しているからと分析できる。

このような分析結果から，仮説①「介護支援専門員の経験年数が長いほど，退院支援がスムーズである」とある程度言えると思われる。しかし，このように経験年数が長くても，退院調整が困難なケースがあると思われる。そこで，問 2「経験年数」と問 12「退院調整が困難な理由」の関係をクロス集計で分析した。その結果，10 年以上という長い経験年数の場合，「家族の受け入れ体制」と「医療行為への対応」を困難な理由として挙げている。この理由として，経験のある介護支援専門員が困難事例を持つことが多いことが考えられる。

以上の結果から，経験年数が長い介護支援専門員は，「家族の受け入れ体制」と「医療行為への対応」などの退院調整が困難な理由を解決しながら，患者と家族や病院の入退院支援部門とうまく連携することによって，退院支援をスムーズに行うことができていることがわかった。

## (2) 仮説②「介護支援専門員が持つ資格によって退院調整のスムーズさが異なる」

仮説②「介護支援専門員が持つ資格によって退院調整のスムーズさが異なる」を検証するために、問3「資格」と問11「退院調整がスムーズにできた理由」との関係をクロス集計によって分析した。その結果、医療系資格と福祉系資格とも、「患者・家族・介護支援専門員の連携がうまくいったこと」と「病院の入退院支援部門としてうまくいった」はほぼ同じ割合であった。一方、「退院後のサービスが受け入れられた」は福祉系資格の方が1割以上医療系資格より多かった。これは、福祉系資格、特に介護福祉士を所有している人が6割強（66.4%）と多いので、在宅サービスを熟知し活用することに慣れていることが影響していると考えられる。反対に、「入退院情報をうまく入手できた」は、医療系資格の方が5ポイントほど福祉系資格より多かった。理由として、医療系資格を所有している人は病院とのやり取りの方法を熟知し、病院関係者と既に人間関係が構築できているからと分析できる。

また、その他の資格が、「患者・家族・介護支援専門員の連携がうまくいったこと」、「入退院情報をうまく入手できた」、「病院の入退院支援部門としてうまくいった」の理由において、医療系資格と福祉系資格よりも概ね1割以上高い割合を示している。この原因として、社会福祉主事や社協相談業務、生活相談員などのソーシャルワーカーが一定割合いることから、患者・家族・介護支援専門員の連携がうまくいったと考えられる。福祉系資格は、社会福祉士が1割（12.6%）、精神保健福祉士が0.1割（1.1%）でソーシャルワーカーの割合が1割と少なく、介護福祉士が6割強（66.4%）と多いことも影響していると思われる。そして、歯科衛生士、管理栄養士、あんまマッサージ指圧師、はり師灸師、作業療法士、言語聴覚士、薬剤師、准看護師など医療系の資格も多いことから、入退院情報をうまく入手でき、病院の入退院支援部門としてうまくいったと思われる。

したがって、介護支援専門員は医療系と福祉系のそれぞれが持つ強みを生かし弱みは相互に補い合うことが、高齢者の退院支援をスムーズに進めるために必要であろう。

## (3) 仮説③「退院情報を早く介護支援専門員が入手できた方が在宅退院につながる」

仮説③「退院情報を早く介護支援専門員が入手できた方が在宅退院につながる」を検証するために、問5SQ1情報提供の時期と問11の退院調整がスムーズにできた理由の関係を分析した。その結果、「入退院情報をうまく入手できた」という退院調整がスムーズにできた理由は、入院前・入院時が最も多く29.5%、次いで入院後3日以内が28.4%、最後に入院後4日以降が26.3%であったことから、入退院情報においては情報提供の時期が早い方が退院調整がスムーズであることを示していると思われる。

また、「患者・家族・介護支援専門員の連携がうまくいったこと」という理由は、入院前・入院時が最も多く8割弱（78.7%）、次いで入院後3日以内が6割強（66%）、最後に入院後4日以降が5割強（55.3%）で、さらにそれぞれの時期が約1割の差があったことから、情報提供の時期が早ければ早いほど、より一層患者・家族・介護支援専門員の連携がうまくいき退院調整が

スムーズであることがわかった。これは、早い時期に退院についての情報がわかると、患者や家族は退院することの覚悟が決まり、さらには退院に向けて十分時間をかけることができたからと分析できる。

反対に、「退院後のサービスが受け入れられた」や「病院の入退院支援部門とうまくいった」という理由は、「入院前・入院時」より「入院後 3 日以内」以降の割合が多くなっていることから、質問が「入退院情報」になっているので、「入院情報」と「退院情報」を同一にできないことが影響している可能性があるかもしれないが、退院後のサービスの受け入れや病院の入退院支援部門とのやり取りの情報提供は、むしろ数日の時間を要することがわかった。このように、入退院情報や患者・家族・介護支援専門員の連携においては情報提供の時期が早い方が退院調整がスムーズであるが、退院後のサービスの受け入れや病院の入退院支援部門とのやり取りは、患者の状況を把握する日数を要した方が入院しての患者の状態の変化がわかり、退院調整がやりやすいことも考えられる。退院後の課題がどのような退院調整においても、情報提供の時期が早い方がよい訳ではないことがわかった。したがって、退院調整をスムーズに行うためには、内容や状況に応じて情報提供の時期を考慮することが重要であると思われる。

#### **(4) 仮説④「入院側が介護支援専門員と在宅の受け入れ状態等の情報を早く入手した方が在宅退院につながりやすい」**

仮説④「入院側が介護支援専門員と在宅の受け入れ状態等の情報を早く入手した方が在宅退院につながりやすい」を検証するために、問 8 の入院連絡の相手と問 10 の退院連絡がきた時期との関係、問 5SQ1 情報提供の時期と問 11 の退院調整がスムーズにできた理由の関係、問 10 の退院連絡がきた時期と問 12 の退院調整が困難な理由の家族の受け入れ体制の関係を分析した。

まず、問 8 の入院連絡の相手と問 10 の退院連絡がきた時期との関係を検討した結果、入院先の医療機関は、1 週間以上前に連絡が来ることが最も多く 6 割強 (64.6%)、次いで退院 3 日前が約 5 割 (52.1%)、当日か退院後が 3 割弱 (27.3%) であり、介護支援専門員と入院先の医療機関との退院情報の共有に関しては概ね早いことがわかった。

次に、問 5SQ1 情報提供の時期と問 11 の退院調整がスムーズにできた理由の関係を分析したところ、前項でも見たように、「入退院情報をうまく入手できた」という理由では、入退院情報においては情報提供の時期が早い方が退院調整がスムーズであることを示していたが、介護支援専門員からすると、退院後のサービスの受け入れの情報提供は、患者の状況を把握する日数を要する方が退院調整がスムーズであるということであった。入院先の医療機関の意見も、介護支援専門員と同様に退院後のサービスの受け入れの情報提供は遅い方が良いと思っているのであろうか。介護支援専門員と入院先の医療機関は役割や立場が異なるので、同様ではないと思われる。仮説④は、入院側つまり入院先の医療機関の退院後の在宅の受け入れ状態の情報入手の時期の検証が必要であるため、介護支援専門員を対象とした質問紙調査のみでは入院側の



意見を把握し検討することが難しい。そこで、後述の病院の入退院支援部門を対象としたインタビュー調査の結果から入院先の医療機関の意見をみると、患者の入院前の在宅情報の入手など退院に向けた相談などに関しての介護支援専門員のスキルの差が指摘されていた。このことから、入院先の医療機関とすれば、退院支援をスムーズに進めていくためには、できるだけ早く介護支援専門員の情報を入手したいと考えていると思われる。

そして、問 10 の退院連絡がきた時期と問 12 の退院調整が困難な理由の家族の受け入れ体制の関係について分析したところ、退院連絡が当日か退院後と連絡が遅い場合は、7 割 (73.1%) が家族の受け入れ体制が退院調整が困難となると回答している一方、退院連絡が早い時期（退院 1 週間以上前、退院 3 日前）では 6 割であることから、介護支援専門員に退院連絡が早い方が家族による在宅の受け入れ体制が整い、在宅退院に繋がりやすいと言えよう。とはいえ、この結果も入院先の医療機関ではなく介護支援専門員の意見であるため、前述の調査結果と同様に、そこで、後述の病院の入退院支援部門を対象としたインタビュー調査の結果から入院先の医療機関からの意見をみると、退院支援の困難に関して、在宅の患者の受け入れ課題（老老介護、独居、家族がいない、経済的困難、認知症状等）がどの事例でも共通であったことから、入院先の医療機関にとっても、家族の受け入れ体制は退院調整が困難な理由となっている。そのため、入院先の医療機関はできるだけ早く在宅の受け入れ状態を知りたいと考えられる。

以上見てきたように、本研究の調査の結果から、入院側が介護支援専門員と在宅の受け入れ状態等の情報を早く入手した方が在宅退院につながりやすいと分析できる。

#### **(5) 患者・家族・介護支援専門員と入院先の連携が良いと在宅退院につながりやすい**

仮説⑤「患者・家族・介護支援専門員と入院先の連携が良いと在宅退院につながりやすい」を検証するために、問 11 の退院調整がスムーズにできた理由と問 12 の退院調整が困難な理由を分析した。その結果、退院調整がスムーズにできた理由は、患者・家族・介護支援専門員の連携がうまくいったが最も多く 6 割強 (65.1%)、退院調整が困難な理由は家族の受け入れ体制が最も多く 6 割弱 (59.6%)、次いで家族がいない (40.4%) であった。したがって、介護支援専門員は、家族との連携をうまく進め、家族の受け入れ体制を整備することが、高齢者の在宅退院に繋がりやすいことが示されたと思われる。

#### **(6) 仮説⑥「在宅退院は患者の入院疾患に左右される」**

仮説⑥「在宅退院は患者の入院疾患に左右される」を検証するために、問 12 の退院調整が困難な理由を分析した。その結果、医療行為への対応が約 2 割 (25.4%)、ターミナル期の対応が約 1 割 (9.2%) であり、あまり退院調整が困難な理由としては当てはまらないと思われる。また、後述の病院の退院支援部門を対象としたインタビュー調査の結果においても、退院支援の困難に関しての質問に対して「疾患により困難になることはない」ということであった。したがって、在宅退院は患者の入院疾患に左右されるとは言えないかもしれない。

### (7) 仮説⑦「在宅退院は家族の意向に左右される」

仮説⑦「在宅退院は家族の意向に左右される」を検証するために、問 11 の退院調整がスムーズにできた理由と問 12 の退院調整が困難な理由を分析した。

その結果、退院調整が困難な理由は、家族の受け入れ体制が最も多く 6 割弱 (59.6%)、次いで家族がいないが 4 割 (40.4%)、経済的負担が 3 割 (33.3%)、キーパーソンの不在 (30.3%) である。また、退院調整がスムーズにできた理由は、患者・家族・ケアマネジャーの連携がうまくいったが最も多く 6 割強 (65.1%) であった。これらの結果から、家族の意向や状況が退院調整に強く影響があることがわかった。

### 3) 質問紙調査から見出された退院支援の成功要因

本研究の質問紙調査の単純集計の結果を分析したところ、介護支援専門員が考える高齢者の退院支援の成功要因は、＜患者・家族・介護支援専門員の連携＞、＜病院の入退院支援部門との関係＞、＜退院時のカンファレンス開催＞、＜家族の受け入れ体制の充実＞であった。

また、本調査の単純集計とクロス集計、インタビュー調査の結果によって、本研究において構築した高齢者の在宅退院の実現に向けた仮説を以下のように検証した。まず、仮説①「介護支援専門員の経験年数が長いほど退院支援がスムーズである」を検証したところ、経験年数が長い介護支援専門員は、「家族の受け入れ体制」と「医療行為への対応」などの退院調整が困難な理由を解決しながら、患者と家族や病院の入退院支援部門とうまく連携することによって、退院支援をスムーズに行うことができていることがわかった。次に、仮説②「介護支援専門員が持つ資格によって退院調整のスムーズさが異なる」を検証した結果、介護支援専門員は、医療系と福祉系それぞれの資格が持つ強みを生かし弱みは相互に補い合うことが必要であることが示された。そして、仮説③「退院情報を早く介護支援専門員が入手できた方が在宅退院につながる」を検証した。その結果、どのような退院調整においても、情報提供の時期が早い方がよい訳ではないため、退院調整をスムーズに行うためには、内容や状況に応じて情報提供の時期を考慮することが重要であることがわかった。また、仮説④「入院側が介護支援専門員と在宅の受け入れ状態等の情報を早く入手した方が在宅退院につながりやすい」を検証したところ、入院側が介護支援専門員と在宅の受け入れ状態等の情報を早く入手した方が在宅退院につながりやすいことが示唆された。仮説⑤「患者・家族・介護支援専門員と入院先の連携が良いと在宅退院につながりやすい」を検証した結果、家族との連携をうまく進め、家族の受け入れ体制を整備することが、高齢者の在宅退院に繋がりやすいことが示された。仮説⑥「在宅退院は患者の入院疾患に左右される」を検証したが、在宅退院は患者の入院疾患に左右されるとは言えないことがわかった。最後に、仮説⑦「在宅退院は家族の意向に左右される」を検証した結果、家族の意向や状況が退院調整に強く影響があることが示された。

以上のように、仮説⑥以外の仮説は、一定程度支持されたと思われる。そこで、主に質問紙調査から見出された退院支援の成功要因を整理すると以下のようになると思われる (表 5)。

表 5 主に質問紙調査から見出された退院支援の成功要因

患者・家族・介護支援専門員の連携  
病院の入退院支援部門との関係  
退院時のカンファレンス開催  
家族の受け入れ体制の充実  
家族の意向や状況への配慮  
介護支援専門員の長い経験年数にともなう質  
介護支援専門員が持つ資格の強みと弱みの相互補助  
内容や状況に応じた情報提供の時期の考慮  
入院側が介護支援専門員と在宅の受け入れ状態の情報を早く入手すること

## Ⅱ. インタビュー調査

### 1. 病院の退院支援部門を対象としたインタビュー調査

#### 1) 設置主体

共済病院, 医療法人等の 5 病院 (公的病院 2, 民間病院 3) の退院支援部門

#### 2) インタビューガイド

- ①退院支援の取り組み体制について
- ②退院支援の困難にはどのようなことがあるか
- ③今後退院支援を成功させるためどのような取り組みが必要か

#### 3) 結果

##### ①退院支援の取り組み体制に関して

- ・今回インタビューを行った医療機関は, 一定の規模があり, 退院支援の体制が整備されている。
- ・患者支援センター, 患者サポートセンター, 入退院支援センター, 地域医療連携室等多様な名称であるが, ソーシャルワーカーと看護師のチームによる取り組みが行われている。
- ・退院支援の取り組みは入院時, 予定入院は入院前から, 早い段階から行われている。
- ・退院支援の課題把握は病棟単位, 患者単位で行われている。
- ・退院困難の患者の把握が意識的, 組織的に行われている
- ・退院調整として, 家族関係, 入院治療のゴール設定, 退院支援の内容に関して各病棟のカン

ファレンスなどによる課題共有をするようにしている。

- ・病院により、退院後の訪問看護や訪問診療，訪問リハビリなどの直接支援体制を併設している医療機関もある，多くは地域の在宅支援部門と連携している。

## ②退院支援の困難に関して

- ・共通するのは在宅の患者の受け入れの課題（老老介護，独居，家族がいない，経済的困難，認知症状等）。
- ・患者と家族の関係性の課題や，意思決定の違いなどの調整が困難である。
- ・経済的問題は入院時には問題でないが，退院時に在宅や施設などに関して困難性の要因になる場合がある。
- ・疾患により困難になることはない。
- ・介護支援専門員のスキルや対応の差がある（医療機関に丸投げ，家族の意向で患者の意向を把握していない，連絡しても情報が得られない介護支援専門員もいる，退院前カンファレンスとサービス担当者会議の違いが不明確，介護支援専門員が在宅困難と決めつけてしまう）。
- ・介護支援専門員との関係は作り易くなってきている。
- ・介護支援専門員からの情報で，患者の思いや生活に関する情報が少ない。
- ・相談のキーパーソンがいない，遠方などで調整が困難になる。

## ③今後退院支援を成功させるための取り組みに関して

- ・地域の相談機関である在宅介護支援センター等との連携の強化が大切である。
- ・介護支援専門員が面会に来た際には患者だけでなく看護師等にも会って，在宅の情報共有などをしてほしい。
- ・病院内の課題として入院時の医師が在宅の生活や療養に関する希望を把握し，入院中から在宅への移行に対応してもらいたい。
- ・訪問診療や訪問看護，地域連携クリティカルパスなどの連携を強化してほしい。

## 4) 病院の退院支援部門へのインタビュー調査からわかる退院支援の成功要因

本調査の結果は，先行研究にあるように病院部門としての退院調整の組織的取り組みは行われていると言える。それは，今回のインタビューの対象が一定の規模がある医療機関ということも関係していると思われる。また，在宅の共通相談窓口の地域包括支援センターとの連携を重視している医療機関が多いこともわかった。そして，医療機関の退院支援はソーシャルワーカーと看護師のチームで実施されている場合が多く，医療機関の退院支援は入院の早い段階から組織的に取り組まれていた。さらに，介護支援専門員は，患者の入院前の在宅情報の入手な

ど退院に向けた相談などに関しての介護支援専門員のスキルの差が指摘されていた。これらの結果から、病院の退院支援部門へのインタビュー調査からわかる退院支援の成功要因は、以下のように整理されると思われる（表 6）。

表 6 病院の退院支援部門へのインタビュー調査からわかる退院支援の成功要因

病院部門としての退院調整の組織的取り組み
在宅の相談窓口である地域包括支援センターとの連携を重視
ソーシャルワーカーと看護師のチームによる退院支援
入院の早い段階から取り組む組織的な退院支援
介護支援専門員のスキルの向上

## 2. 介護支援専門員を対象としたインタビュー調査－成功事例の検討－

### 1) 目的・方法

質問紙調査で依頼して協力頂いた 12 名の介護支援専門員を対象として、電話でインタビュー調査を行った。その結果を整理して高齢者の退院支援の課題と成功要因などを抽出し、成功事例を検討する。

### 2) インタビューガイド

- |                        |          |         |
|------------------------|----------|---------|
| (1) 事例概要               | (2) 事例背景 | (3) 生活歴 |
| (4) 本人・家族の希望、主訴        |          |         |
| (5) 入院から退院への経過         |          |         |
| (6) 退院支援のケアマネジメントのプロセス |          |         |
| (7) 現況と今後の課題           |          |         |

### 3) 介護支援専門員のインタビュー調査からわかった退院支援の成功要因

12 事例から抽出された退院の成功要因は、以下のようになる（表 7）。

表 7 事例から抽出された退院の成功要因

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>・入院時より入院連携シートや居宅サービス計画書などを病院側に提出し、早期から連携に着手した。</li><li>・入院中に頻回に本人や長女と面談し、担当看護師やソーシャルワーカーとも情報共有していたため、チームとして退院支援ができた。</li><li>・退院カンファレンスの前に、ソーシャルワーカーから本人の状態の詳細情報の提供があり、</li></ul> |
|---|

介護支援専門員と共有できた。

- ・ 退院カンファレンス時に、本人の帰宅願望を尊重した話し合いができた。妻の受け入れ体制を改めて確認できた。
- ・ ソーシャルワーカーとの連絡調整と、病棟ナースから本人の情報提供を得たことにより、スムーズな退院調整につながった。
- ・ 本人及び家族と面談し、家族の介護負担を理解した本人が介護付き有料老人ホームへの入所に同意した。
- ・ 入院初期から医療機関との連携を行った。
- ・ 在宅生活を継続するための医療・介護サービスの支援が構築できていたことが、家族の安心につながった。
- ・ 長女とは頻回に面談し考えを聴取。相談相手として信頼を獲得できた。
- ・ 自宅に受け入れてくれる姉がおり、本人も同居を納得していた。
- ・ 退院前に医師や看護師、ソーシャルワーカーとの情報共有ができた。
- ・ 退院前に本人の介護サービス利用の意向を確認できたので、入院中に調整ができた。
- ・ 本人がまだ 60 代と若く、リハビリの強化により効果が出た。
- ・ 本人の自宅生活願望が強く、姉という受け入れ先が確保できた。
- ・ 本人と長女の在宅生活復帰の強い希望があり、本人のリハビリへの意欲も強かった。
- ・ 難病患者の会の友人・知人の励ましが本人の意欲を後押しした。
- ・ 病院・在宅チームの連絡・連携がスムーズに行われた。
- ・ 在宅生活に戻りたいという本人の強い希望と長男の了解があった。
- ・ 退院前にアセスメントを詳細に実施、適切なサービスをプランに盛り込むことができた。
- ・ サービス責任者やヘルパーが気づいたことを自主的に改善、質の高いサービスを提供してくれた。
- ・ 主治医が本人の希望を実現するため、退院カンファレンスを 3 回開催。丁寧なカンファレンスの成果は大きかった。
- ・ 家屋調査により、本人の状態に合った環境整備をすることができた。
- ・ 入院初期に親族のキーパーソンを決め、窓口を一本化した。
- ・ 初期の段階にカンファレンスを開き、関係者のネットワークを構築。チームの連携がスムーズに機能した。
- ・ 他者の介入を拒否する夫婦に対して、関係職種が事前カンファレンスを行い方向性や課題を共有したうえで退院カンファレンスを実施し、本人たちの同意を得た。
- ・ 本人たちの能力に合わせてインシュリンの管理や服薬管理ができるよう、主治医が最低限の妥協案を提示してくれた。
- ・ 何かあれば 24 時間対応可能な病院と訪問看護事業所の連携。

- ・娘と連携し介護支援専門員が継続してかかわり，孤立からの家族の関係回復で家族も支えられ，本人も人間関係の受け入れが少しずつできてきた
- ・退院後の支援チームが娘と連携し医療，看護，介護，リハビリ，福祉用具，近所のお店など支援チームが連携してかかわり，本人の気持ちがサービスを受け入れてきた。

上記の成功要因のデータを以下のように，サブカテゴリー，カテゴリーに整理した。その結果，【家族との丁寧な面接】，【関係する専門職との密な情報共有】，【本人の意向に寄り添った支援】，【家族の受け入れ体制】，【早期からの関係諸機関の連携】，【本人の在宅復帰に対する強い希望】，【丁寧なカンファレンスの実施】，【本人の同意】，【適切なサービスの提供】，【キーパーソンの存在】，【家族からの信頼】，【主治医の提案】の12のカテゴリーに分類することができた（表9）。これらのカテゴリーが，本インタビュー調査から見出された介護支援専門員からみた高齢者の退院支援の成功要因といえることができるであろう（表10）。

表8 事例から抽出された退院の成功要因のサブカテゴリー

サブカテゴリー	データ
入院時から連携に着手	入院時より入院連携シートや居宅サービス計画書などを病院側に提出し，早期から連携に着手した。
入院中に本人や家族と面談 看護師やソーシャルワーカーと情報共有 チームとしての退院支援	入院中に頻回に本人や長女と面談し，担当看護師やソーシャルワーカーとも情報共有していたため，チームとして退院支援ができた。
介護支援専門員との情報共有	退院カンファレンスの前に，ソーシャルワーカーから本人の状態の詳細情報の提供があり，介護支援専門員と共有できた。
本人の帰宅願望を尊重 家族の受け入れ体制	退院カンファレンス時に，本人の帰宅願望を尊重した話し合いができた。妻の受け入れ態勢を改めて確認できた。
ソーシャルワーカーとの連絡調整 看護師との情報共有	ソーシャルワーカーとの連絡調整と，病棟ナースから本人の情報提供を得たことにより，スムーズな退院調整につながった。
本人と家族との面談 本人の家族の介護負担の理解	本人及び家族と面談し，家族の介護負担を理解した本人が介護付き有料老人ホームへの入所に同意した。
入院初期からの医療機関との連携	入院初期から医療機関との連携を行った。



持続可能な在宅生活に向けた医療・介護の支援体制の構築	在宅生活を継続するための医療・介護サービスの支援が構築できていたことが、家族の安心につながった。
家族との頻繁な面談 家族からの信頼の獲得	長女とは頻回に面談し考えを聴取。相談相手として信頼を獲得できた。
家族の受け入れ体制	自宅に受け入れてくれる姉がおり、本人も同居を納得していた。
退院前に医師・看護師・ソーシャルワーカーとの情報共有	退院前に医師や看護師，ソーシャルワーカーとの情報共有ができた。
退院前に本人の意向の確認	退院前に本人の介護サービス利用の意向を確認できたので，入院中に調整ができた。
本人の強い在宅復帰の願望 家族の受け入れ体制	本人の自宅生活願望が強く，姉という受け入れ先が確保できた。
本人と家族の強い在宅復帰の願望	本人と長女の在宅生活復帰の強い希望があり，本人のリハビリへの意欲も強かった。
友人・知人の励まし	難病患者の会の友人・知人の励ましが本人の意欲を後押しした。
病院・在宅チームの連絡・連携	病院・在宅チームの連絡・連携がスムーズに行われた。
本人の強い在宅復帰の願望	在宅生活に戻りたいという本人の強い希望と長男の了解があった。
退院前の詳細なアセスメントの実施 適切なサービスプラン	退院前にアセスメントを詳細に実施，適切なサービスをプランに盛り込むことができた。
自主的に改善 質の高いサービスの提供	サ責やヘルパーが気づいたことを自主的に改善，質の高いサービスを提供してくれた。
丁寧なカンファレンスの実施	主治医が本人の希望を実現するため，退院カンファレンスを3回開催。丁寧なカンファレンスの成果は大きかった。
本人の状態に合った環境整備	家屋調査により，本人の状態に合った環境整備をすることができた。
親族のキーパーソンを決める	入院初期に親族のキーパーソンを決め，窓口を一本化した。
初期段階のカンファレンスの開催	初期の段階にカンファレンスを開き，関係者のネ

関係者のネットワーク構築	ットワークを構築。チームの連携がスムーズに機能した。
事前カンファレンスの開催 課題や方向性の共有 退院カンファレンスの開催 本人たちの同意	他者の介入を拒否する夫婦に対して、関係職種が事前カンファレンスを行い方向性や課題を共有したうえで退院カンファレンスを実施し、本人たちの同意を得た。
主治医からの提案	本人たちの能力に合わせてインシュリンの管理や服薬管理ができるよう、主治医が最低限の妥協案を提示してくれた。
病院・在宅チームの連絡・連携	何かあれば24時間対応可能な病院と訪問看護事業所の連携。
介護支援専門員の家族との継続的な関わり 本人の人間関係の受け入れ	娘と連携し介護支援専門員が継続してかかわり、孤立からの家族の関係回復で家族も支えられ、本人も人間関係の受け入れが少しずつできてきた
支援チームと家族との連携 本人の介護サービスを受け入れる気持ち	退院後の支援チームが娘と連携し医療、看護、介護、リハビリ、福祉用具、近所のお店など支援チームが連携してかかわり、本人の気持ちがサービスを受け入れてきた。

表9 事例から抽出された退院の成功要因のカテゴリー

カテゴリー	サブカテゴリー
家族との丁寧な面接	入院中に本人や家族と面談 本人と家族との面談 家族との頻繁な面談
関係する専門職との密な情報共有	看護師やソーシャルワーカーと情報共有 介護支援専門員との情報共有 看護師との情報共有 退院前に医師・看護師・ソーシャルワーカーとの情報共有 課題や方向性の共有
本人の意向に寄り添った支援	本人の帰宅願望を尊重 退院前に本人の意向の確認 本人の状態に合った環境整備

	介護支援専門員の家族との継続的な関わり
家族の受け入れ体制	家族の受け入れ体制
早期からの関係諸機関の連携	入院時から連携に着手 入院初期からの医療機関との連携 チームとしての退院支援 ソーシャルワーカーとの連絡調整 病院・在宅チームの連絡・連携 支援チームと家族との連携 関係者のネットワーク構築 持続可能な在宅生活に向けた医療・介護の支援体制の構築
本人の在宅復帰に対する強い希望	本人の強い在宅復帰の願望 本人と家族の強い在宅復帰の願望
丁寧なカンファレンスの実施	丁寧なカンファレンスの実施 初期段階のカンファレンスの開催 事前のカンファレンスの開催 退院カンファレンスの開催
本人の同意	本人の人間関係の受け入れ 本人の介護サービスを受け入れる気持ち 本人たちの同意 本人の家族の介護負担の理解
適切なサービスの提供	適切なサービスプラン 質の高いサービスの提供 自主的に改善 退院前の詳細なアセスメントの実施
キーパーソンの存在	友人・知人の励まし 親族のキーパーソンを決める
家族からの信頼	家族からの信頼の獲得
主治医の提案	主治医からの提案

表 10 ケアマネジャーのインタビュー調査から抽出された退院支援の成功要因

家族との丁寧な面接 関係する専門職との密な情報共有
------------------------------

本人の意向に寄り添った支援  
家族の受け入れ体制  
早期からの関係諸機関の連携  
本人の在宅復帰に対する強い希望  
丁寧なカンファレンスの実施  
本人の同意  
適切なサービスの提供  
キーパーソンの存在  
家族からの信頼  
主治医の提案

### Ⅲ. 介護支援専門員との連携を強化するための高齢者の退院支援の成功要因

以上質問紙調査とインタビュー調査によって検討してきた高齢者の退院支援の成功要因（表 5, 表 6, 表 10）をサブカテゴリーとし、それをカテゴリーに整理することによって、介護支援専門員との連携を強化するための高齢者の退院支援の成功要因を分析した。

表 11 介護支援専門員との連携を強化するための高齢者の退院支援の成功要因

カテゴリー	サブカテゴリー
早期からの関係諸機関との適切な連携	患者・家族・介護支援専門員の連携 病院の入退院支援部門との関係 早期からの関係諸機関の連携 在宅の相談窓口である地域包括支援センターとの連携を重視
丁寧なカンファレンスの実施	退院時のカンファレンス開催 丁寧なカンファレンスの実施
家族の受け入れ体制の充実	家族の受け入れ体制の充実 家族の受け入れ体制 キーパーソンの存在 家族からの信頼 家族の意向や状況への配慮

	家族との丁寧な面接 主治医の提案
介護支援専門員の質	介護支援専門員の長い経験年数にともなう質 介護支援専門員のスキルの向上 介護支援専門員が持つ資格の強みと弱みの相互補助 適切なサービスの提供
適切な時期の関係する専門職間の情報共有	関係する専門職との密な情報共有 内容や状況に応じた情報提供の時期の考慮 入院側が介護支援専門員と在宅の受け入れ状態の情報を早く入手すること
入院先の医療機関の組織的な取り組み	病院部門としての退院調整の組織的取り組み 入院の早い段階から取り組む組織的な退院支援 ソーシャルワーカーと看護師のチームによる退院支援
本人の意向に寄り添った支援	本人の在宅復帰に対する強い希望 本人の意向に寄り添った支援 本人の同意

分析した結果，【早期からの関係諸機関との適切な連携】，【丁寧なカンファレンスの実施】，【家族の受け入れ体制の充実】，【介護支援専門員の質】，【適切な時期の関係する専門職間の情報共有】，【入院先の医療機関の組織的な取り組み】，【本人の意向に寄り添った支援】の7つのカテゴリーを抽出することができた（表 11）。したがって，この7つのカテゴリーが介護支援専門員との連携を強化するための高齢者の退院支援の成功要因といえよう（図 2）。

本研究によって抽出された高齢者の退院支援の成功要因に基づいたガイドラインや手引きなどを作成し，介護支援専門員がこの7つの成功要因が向上することができる研修を行うことが，高齢者の退院支援をスムーズに行うことに繋がるであろう。そこで，今後の課題として，本研究の成果と先行研究なども踏まえたガイドラインや手引きを作成し，介護支援専門員を対象とした研修プログラムを開発することが必要であると思われる。

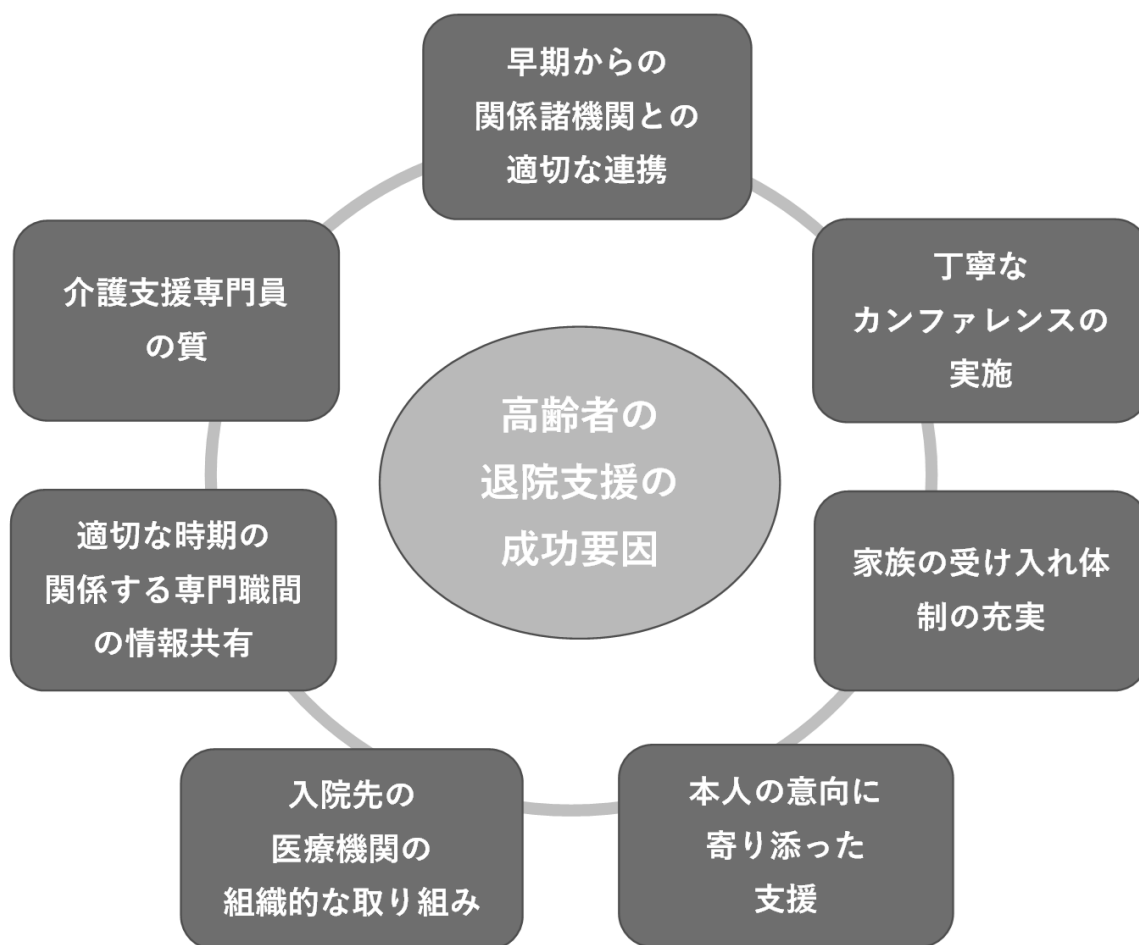


図 2 高齢者の退院支援の成功要因

## 謝辞

本研究は、フランスベッド・メディカルホームケア研究・助成財団委託研究「医療機関からの高齢者の退院支援の調査研究」（代表：和秀俊）として実施したものである。調査にご協力頂いた関係機関の皆様，本研究の事務局としてご尽力頂いた公益財団法人フランスベッド・メディカルホームケア研究・助成財団の小宅比佐子様，高巢勝則様に心より御礼申し上げます。

## <引用文献>

- 阿部庸子，藍真澄，金子美智子他：大学病院における高齢者早期退院の阻害要因の検討，日本老年医学会雑誌，44（5），2007，641－647.
- 地域包括ケア研究会：2009年度地域包括ケア研究会報告書，2009.
- 地域包括ケア研究会：2010年度地域包括ケア研究会報告書，2010.

- 藤澤まこと，普照早苗，森仁実他：退院調整看護師の活動と退院支援における課題，岐阜県立看護大学紀要 6(2)，35-41，2006.
- 川越雅弘，備酒伸彦，森山美知子：要介護高齢者に対する退院支援プロセスへのリハビリテーション職種の関与状況－急性期病床，回復期リハビリテーション病床，療養病床間の比較－，理学療法科学 26(3)，387-392，2011.
- 川越雅弘：地域包括ケアに関わる人材の育成に向けた取組み－マネジメント力の強化に焦点を当てて，老年問題研究 33，37-43，2019.
- 厚生労働省：病床機能情報の報告・提供具体的なあり方に関する検討会 議論の整理，2014
- 厚生労働省：平成 27 年度医療費の動向，2016.
- 厚生労働省：医療施設（動態）調査，病院報告の概況，2016.
- 厚生労働省：平成 29 年受療行動調査，2018.
- 厚生労働省：介護保険事業状況報告，2019.
- 高齢者介護研究会：2015 年の高齢者介護，2004.
- 樋口キエ子，原田静香，カーン洋子他：患者家族が求める退院支援に関する研究－退院後の患者家族の退院支援への要望・意見から－，順天堂大学看護学部医療看護研究 A，4（1）2008，42-49.
- 石橋みゆき，雨宮有子，伊藤隆子，樋口キエ子，丸谷美紀：退院支援看護師による退院支援システム構築の模様，千葉大学大学院看護学研究科紀要，41，2019.
- 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング：平成 28 年度地域における医療・介護の連携強化に関する調査研究（効率的かつ効果的な退院支援を行うための連携の在り方），厚生労働省保険局医療介護連携政策課委託事業，2017.
- 宮原小百合，柴田大輔，村上峰子：当院リハビリテーション部における高齢者の退院支援の現状と課題：～地域包括ケアシステム構築の観点から～，理学療法学 Supplement 2014，1676，2015.
- 中西三春，長江弘子，永田智子他：病院における高齢者への退院支援の実施状況調査－在宅ケア事業所の関与に着目して，日本公衛誌，55（7），2008，456-464.
- 日本能率協会総合研究所：平成 28 年度厚生労働省老人保健事業推進費補助金老人保健健康増進等事業－入退院時におけるケアマネジャーの医療機関等職員との多職種連携を踏まえたケアマネジメントの質の向上に関する調査研究事業，入退院時におけるケアマネジャーの医療機関等との連携・情報収集の手引き，2017.
- 野田秀孝：医療費抑制と退院支援に関する一考察－保健医療機関の福祉専門職の役割に焦点を当てて－，富山大学人間発達科学部紀要，12（2），37-43，2018.
- 小野麻由子：地域包括ケアシステムにおける看護職の在宅シフト支援コンピテンシー尺度の開発，日本看護管理学会誌 24(1)，32-42，2020.
- 小野田翔太，武田尊徳：当院における在宅脳卒中患者の生活実態と生活満足度・退院支援の関係，理学療法－臨床・研究・教育 25(1)，62-67，2018.
- 小宅比佐子ほか：国立病院機構・国立高度専門医療研究センターにおける退院調整に関する実態調査，国立看護大学校研究紀要 12(1)，17-25，2013.
- 佐々木裕子，高橋圭子，飯森茂子：在宅支援機関が実践する退院支援・在宅復帰支援の明確化，ホスピスケアと在宅ケア，18（1），2010，37-48.
- 重森美奈子，中村幸子：病棟看護師とケアマネジャーの退院支援に向けた課題－連絡時期と看護サマリーの検討，長野県看護研究学会論文集，30，2010，7-9.
- 篠原竜也，柴田大輔，田中尚文：急性期病院において退院支援カンファレンスがリハビリテーション専門職と介護支援専門員の連携に及ぼす効果，関東甲信越ブロック理学療法士学会 37，0041，2018.
- 全国国民健康保険診療施設協議会：在宅移行支援の際の退院カンファレンスを題材とする地域包括ケアにおける医療介護連携・多職種協働の課題整理に関する調査研究事業，平成 25 年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業，2014.
- 高橋圭子，佐々木裕子，飯森茂子：臨床から在宅への退院支援 多職種の専門職者が重視した IPW（Inter Professional Work）の視点，日本看護福祉学会誌，15（2），2010，27-41.
- 竹田幹雄：医療・介護連携の強化に向けたケアマネジメント体制のあり方－多職種による新たな連携システムの検討－，保健医療科学，66（6），650-657，2017.



- 田代久雄, 大竹まり子, 赤間明子他: 特定機能病院の退院支援部署における看護相談の実態及び自宅退院と  
転院・施設入所の退院支援の比較, 日本看護研究学会雑誌, 32 (5), 2009, 83-93.
- 辻典子, 広瀬貴久, 鈴木裕介, 葛谷雅文: 多職種連携における介護支援専門員(ケアマネジャー)の資質向上  
に関する考察, 日本老年医学会雑誌 50(6), 832, 2013.
- 土井名保子, 中垣恵己, 勝村香織, 福井是子, 葉袋淳子: 整形外科病棟における退院支援のあり方の検討ー患  
者・家族およびケアマネジャー調査からの課題抽出, 岐阜医科大学紀, 11, 2017, 53-58.
- 戸村ひかり, 永田智子, 村嶋幸代, 鈴木樹美: 退院支援看護師の個別支援における職務行動遂行能力評価尺  
度の開発, 日本看護科学会誌 33(3), 3-13, 2013.
- 宇都宮宏子, 三輪恭子編: これからの退院支援・退院調整第1版, 日本看護協会出版会, 2011.
- 宇都宮宏子: 地域で“暮らす”そして“生ききる”に伴走する医療, 日本呼吸ケア・リハビリテーション学会誌  
28, 212-216, 2019.